



Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale

Io sottoscritta/o (nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

Padre / Madre di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ il _____

DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

(nome e cognome) _____

**IN DATA _____ PER ESEGUIRE LE VACCINAZIONI PREVISTE E
PER LE QUALI HO ESPRESSO IL CONSENSO INFORMATO**

La persona da me delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio/a figlio/a.

Sono consapevole che il medico vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi e/o richiedere la mia presenza.

ALLEGO ALLA PRESENTE:

CONSENSO INFORMATO

(SOLO PER LA I ° DOSE O LE DOSI UNICHE DI VACCINO; nel caso di II e/o III dose di un ciclo vaccinale di base, si ritiene valido ed acquisito il consenso espresso in sede di prima somministrazione del vaccino stesso)

FOTOCOPIA DEL MIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELLA PERSONA DELEGATA

N. B.: la vaccinazione al minore sarà effettuata solo in presenza di tutti gli allegati richiesti e della corretta compilazione del presente modulo e del modulo di consenso informato.

Data _____

Firma del Delegato

Firma del Delegante